

Unitatea de invatamant

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul (a) _____, domiciliat (ă) în localitatea _____, str.

_____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ / sector _____, posesor / posesoare al / a actului de

identitate seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, părinte al elevului(ei)

_____, înscris(ă) în clasa a _____, an școlar _____, vă rog să binevoiți a aproba acordarea bursei de

ajutor social – motive medicale, conf. art. Art. 15, lit. c din Ordinul ME nr. 5.379/07.09.2022, în anul școlar _____.

Atașez următoarele documente:

1. Certificat medical tip A5 nr. _____, eliberat de medicul specialist, avizat de medicul de familie/medicul de la cabinetul școlar
2. Certificat de încadrare în grad de handicap nr. _____ (unde este cazul);
3. Certificat de orientare școlară nr. _____ (unde este cazul)
4. Copie certificat de naștere elev;
5. Copie CI părinte/tutore;
6. Copie hotărâre judecătorească tutore;

CONSIMȚĂMÂNT PENTRU PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal prevăzute în cartea de identitate și cele din extrasul de cont, numai în scopul efectuării plății pentru beneficiarii bursei școlare.

Data _____

Semnătura _____